

Caracterización de la salud mental positiva en adolescentes de Pasto, Colombia: educación pública vs. educación privada*

Characterization of positive mental health in adolescents from Pasto, Colombia: public vs. private education

Gabriel Esteban Lara Martínez

Psicólogo
Universidad de Nariño, Colombia
Correo electrónico: gabriel2002@udenar.edu.co
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6078-1300>

Karenn Milena Díaz Álvarez

Estudiante de Psicología
Universidad de Nariño, Colombia
Correo electrónico: kamilediaz06@udenar.edu.co
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8209-1880>

Karol Valeria Ruano

Estudiante de Psicología
Universidad de Nariño, Colombia
Correo electrónico: valeriaruanoj10@udenar.edu.co
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8892-1596>

Oriana Teresa Ruiz Bravo

Magíster en Promoción y Prevención en Salud Mental.
Universidad de Nariño, Colombia
Correo electrónico: orianaruiz@udenar.edu.co
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5067-2292>

Recibido: 29/08/2024
Evaluado: 20/11/2025
Aprobado: 12/12/2025

1 CRedit: Investigación, metodología, validación, escritura borrador original, revisión y edición.

2 CRedit: Investigación, metodología, validación, escritura borrador original, revisión y edición.

3 CRedit: Investigación, metodología, validación, escritura borrador original, revisión y edición.

4 CRedit: Investigación, metodología, validación, escritura borrador original, revisión y edición.

* Para citar este artículo: Lara-Martínez, G. E., Díaz-Álvarez, K. M., Ruano, K. V. y Ruiz-Bravo, O. T. (2025). Caracterización de la salud mental positiva en adolescentes de Pasto, Colombia: Educación pública vs privada. *Revista Informes Psicológicos*, 25(2), 217-236. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v25n2a13>

Resumen

La salud mental positiva (SMP) constituye un recurso vital para el desarrollo adolescente; por tanto, el objetivo de este estudio fue caracterizar la SMP en una muestra de 205 estudiantes de una institución educativa (IE) pública ($n = 103$) y otra privada ($n = 102$) en Pasto, Colombia. Se desarrolló un análisis de covarianza (ANCOVA) para mayor precisión, y contrario a lo esperado en el análisis descriptivo, los modelos ajustados demostraron que no existen diferencias significativas ligadas al carácter público o privado del colegio. Los verdaderos determinantes del bienestar fueron la edad, el género y la discapacidad. Se concluye que la salud mental adolescente responde más a factores del ciclo vital y determinantes sociales individuales que al contexto administrativo escolar, lo que plantea la necesidad de abordajes e intervenciones con enfoques diferenciales, centradas en las personas, en sus vulnerabilidades y potencialidades específicas.

Palabras claves:
Adolescentes, Determinantes sociales de la salud, Escolares, Promoción de la salud, Salud mental.

Abstract

Positive mental health (PMH) is a vital resource for adolescent development; therefore, the objective of this study was to characterize Positive Mental Health (PMH) in a sample of 205 students from a public educational institution ($n = 103$) and a private one ($n = 102$) in Pasto, Colombia. An analysis of covariance (ANCOVA) was developed for greater precision, and contrary to what was expected in the descriptive analysis, the adjusted models showed that there are no significant differences linked to the public or private nature of the school. The true determinants of well-being were age, gender, and disability. It is concluded that adolescent mental health responds more to life cycle factors and individual social determinants than to the school's administrative context, which raises the need for approaches and interventions with differential focuses, centered on individuals, their specific vulnerabilities, and potentialities.

Keywords:
Adolescents, social determinants of health, schoolchildren, health promotion, mental health.

Introducción

La salud humana es un proceso dinámico y multifactorial, influenciado por variables biológicas, sociales y culturales que afectan tanto a los individuos como a las comunidades (De la Guardia y Ruvalcaba, 2020). En este sentido, el “Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031” propone un enfoque integral que reconoce la salud como una construcción social atravesada por condiciones estructurales y prácticas colectivas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Esta perspectiva resalta la importancia de abordar la salud mental desde un enfoque multidisciplinario y orientado a la promoción de la salud (Rodríguez-Terán, 2021).

Históricamente, la salud mental se ha abordado desde un enfoque biomédico centrado en la enfermedad, lo cual ha limitado su comprensión y ha invisibilizado los factores estructurales y contextuales que inciden en el bienestar psicológico (Ojeda-Castaño, 2025). Frente a esta visión reduccionista, algunas organizaciones como la OMS (2022) y el Ministerio de Salud de Colombia (2013) han promovido concepciones más amplias y dinámicas, en las que la salud mental se entiende como un proceso cambiante a lo largo de la vida, y que está relacionado con el desarrollo personal, la participación social y la capacidad de afrontar las exigencias cotidianas. Estas definiciones se enfocan en el despliegue de recursos emocionales, cognitivos y mentales que permiten a las personas orientar sus vidas, asumir responsabilidades y buscar estabilidad en su entorno.

En consonancia con estas conceptualizaciones, se retoma el paradigma de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), el cual reconoce que la salud está profundamente influida por factores sociales, económicos y políticos, estructurados mediante instituciones, normativas y políticas públicas. Estos factores no solo condicionan el acceso a recursos y servicios, sino que también generan desigualdades significativas entre distintos grupos poblacionales (Lema-Añón, 2020).

A pesar de los avances conceptuales en salud pública, los problemas de salud mental mantienen una alta prevalencia global, con un impacto especialmente notable en la población adolescente, en la que se ha registrado un aumento sostenido de síntomas como ansiedad, depresión y conductas autolesivas (Foulkes y Andrews, 2023). Esta etapa se caracteriza por transformaciones significativas en los ámbitos biológico, psicológico y social, lo cual influye de manera directa en el desarrollo personal, social y cultural de los individuos (Papalia et al., 2012).

Las dificultades de salud mental en la adolescencia constituyen un problema prioritario en salud pública, debido a su alta prevalencia e impacto en el desarrollo individual y colectivo. De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2017), a nivel mundial, entre el 10 % y el 15 % de los adolescentes experimentan afecciones en su salud mental, generalmente asociadas con factores de riesgo, como el consumo de sustancias, la deserción escolar y las conductas autolesivas. En Latinoamérica y el Caribe las cifras son similares, oscilan entre el 12,7 % y 15 %.

En Colombia, los adolescentes entre 15 y 19 años presentan la prevalencia más alta de comportamientos suicidas en comparación con otros grupos poblacionales. La tasa de intento de suicidio ha aumentado de forma alarmante en este rango de edad: pasó de 15 por cada 100.000 habitantes en 2015 a 114,4 en 2016. Además, entre 2009 y 2017, se atendieron más de 2 millones de niños, niñas y adolescentes por problemas de salud mental, con una tendencia creciente: el 12,2 % de los adolescentes de 12 a 17 años reportaron síntomas compatibles con esta categoría.

Por otra parte, se han identificado diversos factores de vulnerabilidad asociados a la aparición de sintomatología ansiosa y depresiva durante la adolescencia, que, si no se abordan a tiempo, pueden convertirse en cuadros clínicos más complejos (López-Ortega et al., 2025). Estos factores comprenden condiciones individuales de tipo psicológico y biológico, así como circunstancias ambientales como eventos vitales estresantes, dinámicas familiares disfuncionales, violencia, consumo de sustancias psicoactivas, problemáticas sociales y habilidades sociales limitadas (Castro-Jalca et al., 2023). Ante este panorama, se vuelve necesario un enfoque integral que no solo identifique riesgos, sino que también reconozca las capacidades y recursos personales de los adolescentes, y favorezca intervenciones que fortalezcan su salud mental desde una perspectiva más protectora y contextualizada. En este marco la SMP adquiere una gran relevancia.

Este concepto, SMP, surge en la década de 1950 como una alternativa al enfoque tradicional de salud centrado en la enfermedad, e incorpora una visión más integral del bienestar psicosocial (Muñoz et al., 2016). Jahoda (1959) propuso un modelo inicial con 6 dimensiones clave, mientras que Lluch-Canut (1999, 2020) amplió esta visión mediante el modelo multidimensional de SMP.

El modelo de Lluch-Canut se compone por 6 factores interrelacionados. La satisfacción personal, como valoración positiva de sí mismo, la vida y el futuro; la actitud prosocial, que refleja una sensibilidad hacia los demás y la aceptación de la diversidad; el autocontrol, entendido como manejo del estrés y equilibrio emocional; la autonomía, asociada a la toma de decisiones y autorregulación; la resolución de problemas y autoactualización, que implica adaptabilidad, afrontamiento y crecimiento personal; y las habilidades de relación interpersonal, que abarcan comunicación, expresión emocional y vínculos saludables.

La perspectiva de la SMP ha mantenido su vigencia con un desarrollo teórico nutrido en los últimos años (Barrera-Guzmán y Flores-Galaz, 2020; Muñoz-Arroyave et al., 2022; Navarro-Obeid et al., 2021; Titistar-Cruz et al., 2022). Su relevancia y aplicación se intensificaron durante la pandemia de covid-19, un periodo en el que se impulsaron la reflexión y la construcción metodológica orientadas a la implementación efectiva del modelo, como se evidencia en el decálogo propuesto por Lluch-Canut (2020) y la elaboración teórica de García-Álvarez y Cobo-Rendón (2020).

En este contexto, se han desarrollado diversas intervenciones enfocadas en adolescentes escolarizados. Por ejemplo, Padilla-Languré et al. (2024) exploraron la relación entre la SMP y variables como género, edad y grado escolar. De igual forma, Huamán-Chura (2021) examinó la influencia de los estilos de socialización parental en los puntajes de SMP, mientras que

Ojeda-Castaño (2025) llevó a cabo un estudio de corte sociocrítico sobre la incidencia de los discursos y las prácticas institucionales en torno al ocio en los adolescentes. Finalmente, Suárez y Zambrano (2015) diseñaron e implementaron un programa de educación emocional basado en el modelo de SMP en una población rural del departamento de Nariño. En conjunto, estos estudios reportan hallazgos significativos en las variables analizadas, lo que refuerza la pertinencia de la SMP como referente teórico y práctico para comprender y promover la salud mental en la adolescencia.

La presente investigación propone una mirada positiva e innovadora de salud mental en adolescentes, pues se enfoca en sus capacidades y recursos personales, y se aleja de una perspectiva exclusivamente psicopatológica; en consecuencia, el objetivo del estudio se centra en caracterizar la SMP de estudiantes de una IE pública y de una IE privada, en Pasto, Colombia; con el desarrollo de tres objetivos específicos: 1) describir los niveles de puntaje de la SMP y sus dimensiones; 2) determinar la influencia de las variables sociodemográficas (género, edad, estrato, orientación sexual y condición de salud) en la SMP; y 3) evaluar si existen diferencias significativas en la SMP, según el tipo de IE (pública o privada). Se formularon dos hipótesis de trabajo H1: existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de SMP, según el tipo de IE; y H2: la edad, el género y el estrato social (variables sociodemográficas) actúan como determinantes significativos en la SMP.

Finalmente, los hallazgos derivados de este análisis se proponen como un insumo valioso para la formulación de intervenciones y políticas que promuevan entornos escolares más inclusivos, equitativos y orientados al bienestar de los adolescentes escolarizados.

Método

Diseño

Se empleó un paradigma epistemológico empírico analítico y un enfoque metodológico cuantitativo. Se realizó un estudio descriptivo con diseño transversal (Hernández-Sampieri y Mendoza-Torres, 2018; Hernández-Sampieri., et al. 2014).

Participantes

La población estuvo conformada por estudiantes de secundaria, de los grados séptimo a undécimo, pertenecientes a dos instituciones educativas de la ciudad de Pasto, Colombia, una de carácter público y otra de carácter privado. La totalidad de estudiantes matriculados en los grados establecidos fue de 314 estudiantes en la institución pública y 114 estudiantes en la privada.

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, dado que la participación estuvo supeditada a la autorización voluntaria de los padres y/o acudientes (Hernández-Sampieri et al., 2014). De la totalidad de la población, la muestra final se conformó por 205 participantes, lo que representa una tasa de respuesta de 47,9 %; esta reducción muestral obedeció a criterios de exclusión, como la no entrega del consentimiento informado por parte de sus representantes legales, y a la inasistencia el día de la aplicación; en ello no hubo una selección intencional de los investigadores. Los criterios de inclusión corresponden a que los estudiantes estuvieran matriculados académica y financieramente, estar en el rango de grados de séptimo a undécimo, y manifestar voluntariamente su deseo de participar en la investigación con el diligenciamiento del asentimiento informado.

De los 205 participantes, 103 pertenecían a la institución pública y 102 a la privada. En cuanto al género, 104 estudiantes se identificaron como femeninos (50,7 %) y 101 como masculinos (49,3 %). La edad promedio de los participantes fue de 15 (DE = 1,56), con un rango entre 12 y 20 años. La Tabla 1 presenta las características sociodemográficas de la muestra.

Tabla 1
Características sociodemográficas de los participantes

	Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Institución	IE pública	103	50,2	50,2
	IE privada	102	49,8	100,0
Grado	7	18	8,8	8,8
	8	32	15,6	24,4
	9	77	37,6	62,0
	10	47	22,9	84,9
	11	31	15,1	100,0
	Lugar de residencia	Rural	107	52,2
	Urbano	98	47,8	100,0
Núcleo familiar	Solo	1	,5	,5
	Familia principal	138	67,3	67,8
	Familia extensa	28	13,7	81,5
	Ambas	38	18,5	100,0
Género	Femenino	104	50,7	50,7
	Masculino	101	49,3	100,0
Orientación sexual	Homosexual	4	2,0	2,0
	Heterosexual	166	81	83
	Bisexual	24	11,7	94,6
	Ninguna	6	2,9	97,6
	Otra	5	2,4	100,0
	Discapacidad	No	201	98,0
Sí		4	2,0	100,0

Categorías		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enfermedad	No	170	82,9	82,9
	Sí	35	17,1	100,0
Trabajo remunerado	No	183	89,2	89,2
	Sí	22	10,8	100,0
Trabajo no remunerado	No	171	83,4	83,4
	Sí	34	16,6	100,0

Fuente: elaboración propia.

Consideraciones éticas

La investigación se rigió por los principios éticos de la Ley 1090 de 2006 y la Resolución 8430 de 1993, con lo cual se clasifica como de riesgo mínimo. Se garantizó la dignidad, autonomía, beneficencia, no maleficencia, el consentimiento de los acudientes y el asentimiento de los adolescentes, así como la confidencialidad mediante el anonimato y uso exclusivo de los datos con fines investigativos. De igual manera, el desarrollo del estudio se llevó a cabo por medio del aval del comité curricular y de investigación del programa de Psicología de la Universidad de Nariño, Pasto, Colombia y el de las instituciones participantes.

Instrumentos

Para la recolección de información se empleó la adaptación colombiana (Gómez-Acosta *et al.*, 2020) de la Escala de salud mental positiva (ESMP; Lluch-Canut, 1999). La escala se compone de 6 dimensiones correspondientes al modelo multidimensional de SMP. La adaptación incluye 39 ítems distribuidos en los 6 factores de la prueba original y presenta una varianza explicada del 42,90 % en la escala global y una alta consistencia interna ($\alpha = .88$). Las respuestas se registran en una escala tipo Likert de cuatro puntos, desde “Siempre o casi siempre” hasta “Nunca o casi nunca”. El tiempo estimado de aplicación es de 15 a 20 minutos. La puntuación se obtiene sumando los puntajes por factor y el total general, para la identificación de los niveles se utilizó la baremación de la ESMP descrita en la Tabla 2.

Tabla 2

Rangos de puntuación Escala de salud mental positiva y sus dimensiones

Categoría	Rangos		
	Bajo	Medio	Alto
Salud mental positiva	39 - 78	79 - 116	117 - 156
F1. Satisfacción personal	8 - 16	17 - 24	25 - 32
F2. Actitud prosocial	5 - 10	11 - 15	16 - 20

Categoría	Rangos		
	Bajo	Medio	Alto
F3. Autocontrol	5 - 10	11 - 15	16 - 20
F4. Autonomía	5 - 10	11 - 15	16 - 20
F5. Resolución de problemas y autoactualización	9 - 18	19 - 27	28 - 36
F6. Habilidades de relación interpersonal	7 - 14	15 - 21	22 - 28

Fuente: adaptado de Soto y Deroncele (2021) y Navarro (2008).

Adicionalmente, se administró un cuestionario de información sociodemográfica con el fin de caracterizar la muestra y explorar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas y los puntajes obtenidos en la Escala de salud mental positiva, tanto a nivel general como por dimensiones.

Procedimiento

Se inició con la solicitud del aval institucional de la universidad y la autorización de los directivos de dos instituciones educativas. Seguido, de un proceso de sensibilización en cada grado y la posterior entrega de los consentimientos informados a los acudientes. Se continuó con la recolección de los consentimientos y se diligenció el asentimiento con los adolescentes, aplicando la ESMP y un cuestionario sociodemográfico, curso por curso y en un ambiente respetuoso. Después, el análisis de datos, interpretación y elaboración de informes. Finalmente, se realizó la devolución de hallazgos a las instituciones.

Análisis de datos

Se aplicaron estadísticos descriptivos y de frecuencia para caracterizar la muestra, el análisis se realizó con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 25. Para el análisis de la ESMP, los datos se agruparon por niveles mediante baremación estándar. Se aplicó prueba de normalidad y se verificó distribución normal, por lo que se empleó estadística paramétrica; para la comparación de medias se utilizaron las pruebas *t* de Student y ANOVA unidireccional, con el fin de identificar diferencias significativas entre las variables sociodemográficas, se realizaron las pruebas *post hoc* Tukey HSD.

Para el análisis, las variables se estructuraron jerárquicamente: la variable de respuesta fue la Salud mental positiva (y dimensiones); la variable de exposición principal fue el tipo de IE (pública o privada). Con el fin de aislar el efecto del tipo de educación de otros factores contextuales y aumentar la precisión de la inferencia, se definieron como variables de control (potenciales confusoras) el estrato socioeconómico, la edad y el género.

En ese sentido, para afrontar el sesgo de confusión inherente a las disparidades sociodemográficas entre los sectores público y privado, se implementó un control estadístico

multivariante (ANCOVA), lo cual permitió ajustar matemáticamente las diferencias basales de estrato, edad y género, para asegurar que los resultados reflejaran la asociación neta entre el tipo de institución y la salud mental positiva. Por otra parte, para reducir el sesgo de información y la deseabilidad social, se garantizó el anonimato de los participantes y la aplicación del instrumento validado en un ambiente neutral.

Resultados

Análisis descriptivo de la Escala de salud mental positiva (ESMP): En primer lugar, se describen los niveles globales y por dimensión, según las categorías de clasificación establecidas. Luego, se reportan los estadísticos descriptivos de la escala y sus factores. Finalmente, se exponen los análisis comparativos según las variables sociodemográficas relevantes. La distribución de niveles de SMP global y por dimensiones se encuentra en la Tabla 3.

Tabla 3
Frecuencia Salud Mental Positiva y sus dimensiones

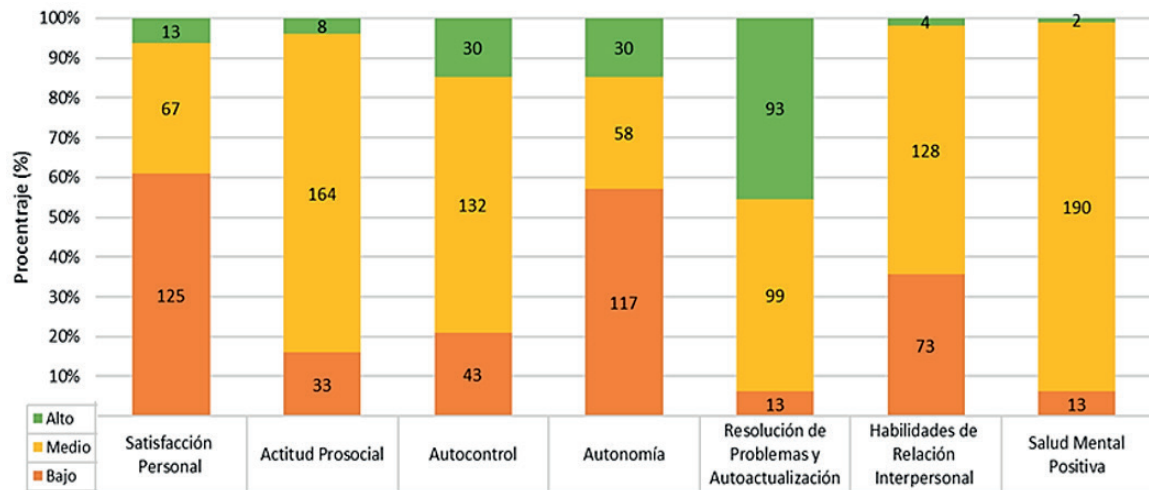
Categoría	Nivel					
	Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%
F1. Satisfacción personal	125	61,0 %	67	32,7 %	13	6,3 %
F2. Actitud prosocial	33	16,1 %	164	80,0 %	8	3,9 %
F3. Autocontrol	43	21,0 %	132	64,4 %	30	14,6 %
F4. Autonomía	117	57,1 %	58	28,3 %	30	14,6 %
F5. Resolución de problemas y autoactualización	13	6,3 %	99	48,3 %	93	45,4 %
F6. Habilidades de relación interpersonal	73	35,6 %	128	62,4 %	4	2,0 %
Salud mental positiva	13	6,3 %	190	92,7 %	2	1,0 %

Fuente: elaboración propia.

La mayoría de los participantes se ubicó en un nivel medio de SMP global (92,7 %), mientras que el 6,3 % se clasificó en nivel bajo y el 1,0 % en nivel alto. En cuanto a las dimensiones, se observaron mayores porcentajes en nivel bajo para Satisfacción personal (61,0 %) y Autonomía (57,1 %); y predominio en nivel medio para Actitud prosocial (80,0 %) y Habilidades de relación interpersonal (62,4 %). La única dimensión con mayor proporción en nivel alto fue Resolución de problemas y autoactualización (45,4 %). Estas diferencias se visualizan en la Figura 1.

Figura 1

Distribución de los niveles generales de Salud mental positiva y sus dimensiones



Fuente: elaboración propia.

Para ampliar la comprensión de los niveles observados en la Escala de SMP, se presentan en la Tabla 4 los estadísticos descriptivos correspondientes a cada una de sus dimensiones y al puntaje global.

Tabla 4

Estadísticos descriptivos Salud mental positiva y sus dimensiones

Categoría	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar	Mín.	Máx.
F1. Satisfacción personal	16,19	15,00	15	4,397	9	28
F2. Actitud prosocial	12,41	12,00	12	1,937	8	18
F3. Autocontrol	12,69	13,00	13	2,632	7	20
F4. Autonomía	10,71	10,00	9	3,676	5	20
F5. Resolución de problemas y autoactualización	26,28	27,00	28	4,838	12	36
F6. Habilidades de relación interpersonal	15,61	15,00	14	2,452	10	25
Salud mental positiva	93,89	94,00	90	9,488	64	127

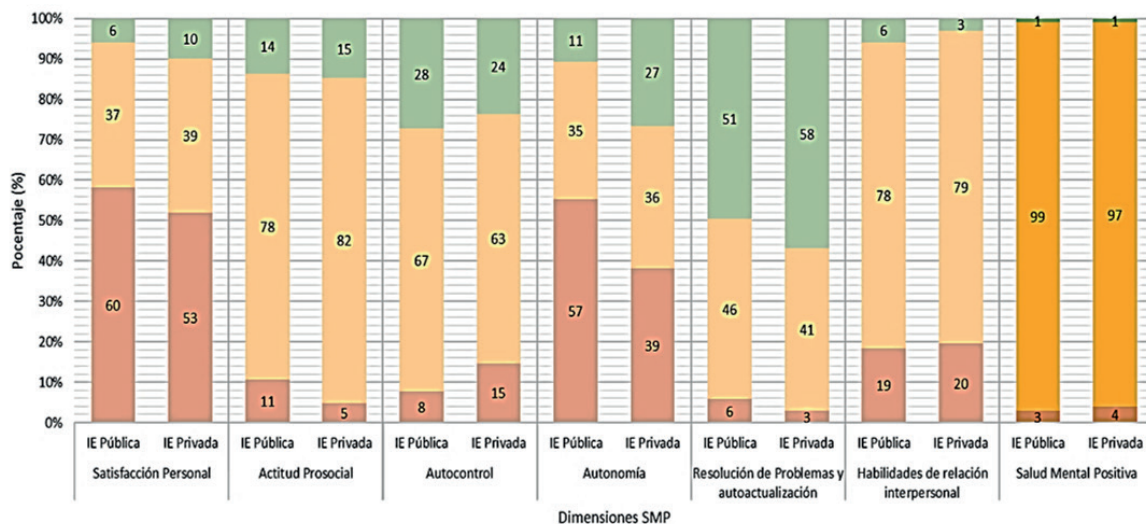
Fuente: elaboración propia.

La media general de la ESMP fue de 93,89 puntos (DE = 9,49), lo cual la ubica dentro del rango medio. Las dimensiones con mayor puntaje promedio fueron la Resolución de problemas y autoactualización (M = 26,28) y la Satisfacción personal (M = 16,19), mientras que Autonomía presentó la media más baja (M = 10,71).

En la Figura 2 se presenta la distribución descriptiva de los niveles de Salud Mental Positiva (bajo, medio y alto) y sus dimensiones, comparando el comportamiento entre la IE pública y la IE privada. Cabe señalar que esta visualización explora las tendencias porcentuales de la muestra; la verificación de la significancia estadística de estas diferencias se abordará en el análisis inferencial posterior

Figura 2

Comparación de los niveles SMP entre la IE pública y la IE privada



Fuente: elaboración propia.

Análisis inferenciales de la Escala de Salud Mental Positiva (ESMP): Para verificar la distribución de los datos antes de aplicar pruebas inferenciales, se verificó la normalidad. Teniendo en consideración el tamaño de la muestra (n=205) se utilizó la prueba de Kolmogorov Smirnov - Lilliefors, efectiva para muestras superiores a 50 participantes (Pedrosa et al., 2015), especialmente utilizadas en ciencias de carácter social, como la psicología (Panchi y Panchi, 2025). Los resultados indicaron que la variable SMP presentó una distribución normal (Estadístico = .056, gl = 205, $p = .200$). Dado que no se rechazó la hipótesis nula de normalidad se empleó estadística paramétrica en los análisis comparativos.

Análisis de variables sociodemográficas: Se realizaron pruebas inferenciales para comparar los puntajes de la ESMP, según las variables sociodemográficas. Se encontraron diferencias significativas en el puntaje total de SMP de acuerdo con la orientación sexual y la presencia de discapacidad, así como una correlación inversa significativa con la edad

($r = -.199$, $p = .004$), lo cual indica que, a mayor edad, menor es la percepción de salud mental positiva; algunas dimensiones también variaron según el género y presencia de enfermedad; por su parte, el estrato socioeconómico mostró una asociación positiva específica con la dimensión de Autonomía ($r = .169$, $p = .015$). En cambio, el grado escolar, el lugar de residencia y la actividad laboral con o sin remuneración económica, no mostraron diferencias ($p > .05$). A continuación, se presentan los resultados detallados por cada variable.

En cuanto a la orientación sexual, el análisis de varianza ANOVA (ver Tabla 5) reveló que las personas bisexuales obtuvieron puntajes significativamente mayores en Satisfacción personal y Autonomía en comparación con el grupo heterosexual. En la SMP, los grupos con orientación heterosexual y bisexual mostraron niveles superiores que quienes no reportaron orientación. Se detectó una diferencia global significativa en Resolución de problemas y Autoactualización, aunque sin diferencias claras entre pares de grupos en las pruebas *post hoc*. No se encontraron diferencias significativas en Actitud prosocial, Autocontrol ni Habilidades de relación interpersonal ($p > .05$).

Tabla 5

Prueba ANOVA - Post Hoc (Tukey HSD) en la variable Orientación sexual

Dimensión	$F_{(4,199)}$	p	Tamaño del Efecto (η_p^2)	Interpretación <i>post hoc</i> (Tukey)
F1. Satisfacción personal	4.819	<.001	.088	Bisexual > Heterosexual ($\Delta=3.70$) Efecto (Mediano-Grande)
F2. Actitud prosocial	2.297	.042	.044	Bisexual > Ninguna ($\Delta = 2.46$) Efecto (Pequeño)
F3. Autocontrol	1.546	.190	0.30	No significativo
F4. Autonomía	3.643	.002	.068	Bisexual > Heterosexual ($\Delta=2.91$) Efecto (Mediano)
F5. Resolución de problemas y autoactualización	2.554	.60	.49	Sin pares claros en Tukey
F6. Habilidades de relación interpersonal	1.027	.394	.020	No significativo
Salud mental positiva	3.802	.005	.071	Bisexual > Ninguna ($\Delta=15.83$) Efecto (Mediano) Heterosexual > Ninguna ($\Delta=11.22$) Efecto (Mediano)

Fuente: elaboración propia.

Respecto a la discapacidad, aunque el grupo que reportó esta condición fue reducido ($n = 4$), se identificó una diferencia significativa en el puntaje total de SMP. Las personas sin discapacidad obtuvieron un promedio más alto ($M = 94,09$; $DE = 9,30$) frente a quienes sí reportaron discapacidad ($M = 83,75$; $DE = 14,55$; $t = 2,18$; $p = .031$). El análisis inferencial confirmó esta disparidad ($t(203) = 2.18$; $p = .031$), revelando un tamaño del efecto muy grande ($d = 1.10$), lo que sugiere un impacto sustancial de la presencia de discapacidad sobre la SMP a pesar del desbalance muestral.

En relación con la presencia de enfermedad, se observó una diferencia significativa en la dimensión de autonomía. Las personas que reportaron convivir con una condición de salud presentaron un mayor puntaje ($M = 12,40$; $DE = 3,84$) que quienes no lo hicieron ($M = 10,36$; $DE = 3,55$), el análisis inferencial ($t(203) = -3.05$, $p = .003$, $d = .57$) sugiere que la experiencia de enfermedad podría estar asociada con un desarrollo fortalecido de la independencia y la autodeterminación en esta muestra.

En cuanto al género se observaron diferencias significativas en algunas dimensiones de la SMP según prueba t de Student (ver tabla 6). Las mujeres reportaron mayores niveles de satisfacción personal ($M = 17,06$; $DE = 4,92$) que los hombres ($M = 15,27$; $DE = 3,62$). También obtuvieron puntajes más altos en actitud prosocial y autonomía. En contraste, los hombres presentaron mayores niveles en resolución de problemas y autoactualización.

Tabla 6
Prueba t de Student en variable de Género

Dimensión	t de Student	gl (grados libertad)	p	d de Cohen	Interpretación
F1. Satisfacción personal	2.94	183.6	.004	0.41	Mujeres > Hombres (Efecto Pequeño-Medio)
F2. Actitud prosocial	2.73	201	.007	0.38	Mujeres > Hombres (Efecto Pequeño-Medio)
F3. Autocontrol	-1.21	201	.229	0.17	No significativo
F4. Autonomía	2.75	187.3	.007	0.39	Mujeres > Hombres (Efecto Pequeño-Medio)
F5. Resolución de problemas y autoactualización	-2.29	196.3	.023	0.32	Hombres > Mujeres (Efecto Pequeño-Medio)
F6. Habilidades de relación interpersonal	-0.35	201	.724	0.05	No significativo
Salud mental positiva	1.35	201	.178	0.19	No significativo

Fuente: elaboración propia.

Análisis entre IE pública e IE privada: Finalmente, para determinar si el tipo de institución educativa (pública o privada) influye en la SMP más allá de las características sociodemográficas, se condujo un análisis de covarianza ANCOVA (ver tabla 7). Se introdujo el puntaje total de SMP como variable dependiente, el tipo de institución y el género como factores fijos, y se controló por edad y estrato socioeconómico. Los resultados del modelo corregido indicaron que, al aislar los efectos de las covariables, no existen diferencias estadísticamente significativas en la SMP según el tipo de institución. Esto demuestra que los niveles de salud mental son estadísticamente equivalentes entre estudiantes del sector público y privado, una vez se controlan las variables confusoras. Por el contrario, la edad se confirmó como un predictor significativo dentro del modelo ($F(1,197) = 6.76, p = .010, \eta^2 = .033$), lo cual reafirma que la variabilidad en la salud mental está más asociada a la etapa del desarrollo evolutivo que al contexto educativo o al nivel socioeconómico (Estrato, $p = .868$).

Tabla 7

Comparación de medias ajustadas de SMP según el tipo de institución (ANCOVA)

Dimensión	IE pública (n=103) M(DE)	IE privada (n=102) M(DE)	$F_{(1,197)}$	p	η^2
F1. Satisfacción personal	15.90 (4.11)	16.48 (4.67)	1.77	.186	.009
F2. Actitud prosocial	12.24 (2.02)	12.58 (1.84)	0.01	.974	.000
F3. Autocontrol	13.03 (2.55)	12.35 (2.68)	3.08	.081	.015
F4. Autonomía	9.98 (3.17)	11.44 (4.01)	2.38	.125	.012
F5. Resolución de problemas y autoactualización	26.12 (4.95)	26.44 (4.74)	0.47	.493	.002
F6. Habilidades de relación interpersonal	15.73 (2.59)	15.49 (2.31)	0.01	.970	.000
Salud mental positiva	93.00 (9.21)	94.78 (9.73)	0.13	.724	.001

Discusión

La mayoría de adolescentes evaluados en ambas instituciones presentaron niveles medios de salud mental positiva, lo que sugiere una interacción dinámica entre factores protectores y vulnerabilidades de orden individual y contextual (Morales-Rodríguez y Díaz-Barajas, 2022). La adolescencia, entendida como una etapa crítica en el ciclo vital, se caracteriza por la presencia de factores personales, como dificultades emocionales, enfermedades orgánicas y adicciones comportamentales (López-Ortega et al., 2025). La gestión de estas demandas varía de acuerdo con el desarrollo previo de habilidades de afrontamiento y solución de problemas, si estas habilidades son limitadas, las exigencias de esta etapa podrían afectar a la salud mental (Morales-Rodríguez y Díaz-Barajas, 2022). De manera complementaria, el contexto constituye un elemento clave, se ha documentado que las relaciones familiares y

parentales positivas pueden actuar como factor protector, y esto favorece la calidad de vida, la consolidación de hábitos saludables y el desarrollo de habilidades socioemocionales que podrían generalizarse hacia su vida adulta (Buehler, 2020; Guevara et al., 2021).

El análisis de covarianza (ANCOVA), tras controlar las variables pertinentes, mostró que la edad explica una parte significativa de la variación en los niveles de SMP en la muestra, lo que sugiere que estos niveles se modifican a lo largo del desarrollo adolescente. La literatura describe un patrón similar, lo cual evidencia una disminución de la SMP a medida que avanza la edad, posiblemente debido a la mayor exposición a demandas y tensiones propias de la adolescencia tardía (Muñoz-Arroyave et al., 2022). De igual manera, se ha planteado que la inclusión de los adolescentes en actividades escolares y comunitarias que favorezcan la participación, la expresión y la vinculación social, en coherencia con su etapa de desarrollo, podría potenciar factores protectores y recursos de afrontamiento (Ojeda-Castaño, 2025).

Complementariamente, al analizar las diferencias por género, se observó que los puntajes globales de SMP fueron equivalentes entre hombres y mujeres, sin diferencias significativas a nivel general. No obstante, emergieron variaciones en dimensiones específicas: las mujeres reportaron mayores niveles de Satisfacción personal, Actitud prosocial y Autonomía, mientras que los hombres puntuaron más alto en Resolución de problemas y autoactualización. Este patrón es consistente con estudios transnacionales que evidencian que la brecha de género en salud mental varía ampliamente entre países, en función de las condiciones socioculturales y los roles de género predominantes (Campbell et al., 2021). Una posible explicación para estas disparidades podría relacionarse con las expectativas culturales asociadas a los roles de género, que en contextos occidentales tienden a asignar a las adolescentes labores de cuidado y apoyo emocional, y a los adolescentes con tareas instrumentales orientadas a la resolución de problemas (García y Tomlinson, 2021). En consecuencia, es probable que estas imposiciones culturales influyan en el desarrollo de recursos personales diferenciados entre hombres y mujeres, lo que podría contribuir a las variaciones observadas en las dimensiones específicas de la SMP en la presente muestra.

Los participantes que reportaron orientación sexual heterosexual o bisexual mostraron niveles más altos de SMP global que quienes señalaron no contar con una orientación sexual establecida; además, quienes reportaron orientación bisexual obtuvieron puntajes mayores en Satisfacción personal y Autonomía que aquellos con orientación heterosexual. La literatura señala que los adolescentes que se identifican abiertamente como homosexuales o bisexuales, suelen tender a enfrentar situaciones de discriminación y tratos desiguales que afectan su salud mental (de Freitas et al., 2021; Muñoz-Arroyave et al., 2022); no obstante, se ha documentado que, cuando estos adolescentes logran afrontar de manera adaptativa estas demandas, podrían ejercer su orientación sexual de forma autónoma dentro de esta etapa del desarrollo (Balarezo-López, 2024). Esta respuesta ante las exigencias del entorno podría relacionarse con los mayores niveles de satisfacción personal y autonomía observados en la muestra; además, aunque la literatura indica una mayor vulnerabilidad en adolescentes con orientaciones no heterosexuales, los resultados del presente estudio se alejan de este patrón, lo cual podría deberse a características específicas de la población o a procesos diferenciales de afrontamiento no evaluados directamente.

En relación con las condiciones de vulnerabilidad individual, los adolescentes que reportaron alguna discapacidad obtuvieron un puntaje promedio de SMP significativamente menor que quienes no la reportaron; al analizar las dimensiones específicas, aquellos que indicaron presentar una vulnerabilidad física, ya sea por una enfermedad o una discapacidad, presentaron niveles más altos de autonomía que los adolescentes sin una condición de salud. Esta tendencia coincide con la literatura disponible, la cual señala que aunque los adolescentes con vulnerabilidades físicas suelen registrar niveles globales más bajos de salud mental positiva, tienden a puntuar más alto en autonomía; lo anterior se valida con los hallazgos de Muñoz-Arroyave et al. (2022) y González et al. (2012), en los cuales se evidencia que este patrón podría reflejar que, pese a su menor SMP global, estos adolescentes podrían movilizar recursos personales que fortalezcan su capacidad de autogestión frente a las demandas del entorno, y se posicionan como agentes activos en la búsqueda de su bienestar.

Entre las limitaciones del estudio, cabe señalar que su diseño transversal impide establecer relaciones causales, mientras que la concentración de la muestra en dos instituciones restringe la generalización de los hallazgos. Asimismo, el uso exclusivo de autoinformes conlleva el riesgo de sesgos por deseabilidad social. En consecuencia, se sugiere que futuras investigaciones amplíen la cobertura poblacional e implementen diseños longitudinales o experimentales (pre-post con grupo control), de manera que permitan evaluar la efectividad de las intervenciones a lo largo del tiempo. Finalmente, se recomienda complementar la evaluación cuantitativa con enfoques cualitativos, para asegurar que cualquier aplicación práctica derivada de estos resultados se someta a una rigurosa contextualización y pilotaje previo.

En conjunto, los resultados reafirman la necesidad de abordar la salud mental positiva con estrategias de intervención sensibles a la edad y al curso del desarrollo, especialmente en los grados superiores, en donde las demandas socioemocionales se intensifican (Muñoz-Arroyave et al., 2022). Del mismo modo, se destaca la importancia de integrar un enfoque de género y de promover espacios escolares seguros que favorezcan el reconocimiento y respeto por la diversidad, fortaleciendo factores protectores individuales y sociales. Estas orientaciones permiten avanzar hacia acciones educativas más equitativas y contextualizadas, coherentes con los principios de promoción de la salud mental en adolescentes.

Para concluir, se evidencia la necesidad de que las instituciones educativas implementen programas de promoción de la salud que aborden de manera integral la SMP y sus respectivas dimensiones. Se recomienda que las intervenciones se planifiquen y ajusten de acuerdo con los estadios del desarrollo adolescente, y se implique activamente a las familias y redes de apoyo, mediante sesiones educativas y procesos de formación dirigidos a docentes, estudiantes y sus redes de apoyo (Guevara et al., 2021). Adicionalmente, se recomienda incorporar medidas de inclusión y atención diferencial que consideren el género, edad, orientación sexual y otras características específicas de los estudiantes (Muñoz-Arroyave et al., 2022).

Conclusiones

El presente estudio permite concluir que el tipo de institución educativa (pública o privada) no constituye un factor determinante para la SMP en la adolescencia; si bien los análisis descriptivos iniciales sugerían diferencias, estas desaparecen al controlar la variable de la edad y el estrato. Se evidencia, entonces, que la SMP no depende de la naturaleza administrativa o financiera del colegio, sino que responde a factores ontogenéticos y socio-demográficos transversales.

En este sentido, la edad jugó un papel clave en los resultados, a mayor edad, menor nivel de SMP, lo que sugiere que la transición hacia la adolescencia tardía representa un periodo de vulnerabilidad psicológica que requiere atención prioritaria. En lo que refiere al género, se encuentra que las mujeres destacan en competencias interpersonales y autonomía, mientras que los hombres muestran mayores fortalezas en la resolución de problemas, señalando la necesidad de abordaje e intervención de SMP con enfoque de género específico que permita potencializar de mejor manera las capacidades de los y las adolescentes.

Por otra parte, el estudio identifica grupos de alta vulnerabilidad y resiliencia, en los que la presencia de una discapacidad se asoció con una disminución de la SMP, lo cual evidencia una brecha de bienestar que requiere políticas de inclusión más efectivas; mientras que la presencia de una enfermedad se vinculó con una mayor autonomía, y esto sugiere procesos de adaptación resilientes.

Finalmente, se observó que la consolidación de una orientación sexual (sea heterosexual o bisexual) actúa como un factor protector frente a la incertidumbre de quienes no han definido su orientación, ya que este último grupo presentó niveles más bajos de SMP; por tanto, la intervención educativa debe priorizar un acompañamiento basado en el respeto a la diversidad, la garantía, la visibilización y el reconocimiento de derechos, lo cual valida la diferencia como un recurso esencial para el fortalecimiento de la salud mental en la adolescencia.

Financiación: Recursos propios.

Referencias

- Balarezo-López, G. N. (2024). Sexualidad, adolescencia y educación sexual. *Diagnóstico*, 63(4), e548. <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v63i4.548>
- Barrera-Guzmán, M. L. y Flores-Galaz, M. M. (2020). Predictores psicosociales de salud mental positiva en jóvenes. *Acta de Investigación Psicológica*, 10(3), 80-92. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2020.3.360>

- Buehler, C. (2020). Family processes and the well-being of children and adolescents. *Journal of Marriage and Family*, 82(1), 145–174. <https://doi.org/10.1111/jomf.12637>
- Campbell, O. L., Bann, D. y Patalay, P. (2021). The gender gap in adolescent mental health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries. *SSM Population Health*, 13, 100742. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100742>
- Castro-Jalca, A. D., Matute-Uloa, G. H., Morales-Pin, N. J. y Zambrano-Arauz, P. E. (2023). Problemas emergentes de salud mental en adolescentes ecuatorianos: Una revisión bibliográfica. *Polo del Conocimiento: Revista Científico-Profesional*, 8(9), 976–1020. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9152588>
- de Freitas, D. F., Silva, C. y Coimbra, S. (2021). Discrimination and mental health: mediation effects of coping strategies in LGB and heterosexual youth. *Psykhē*, 30(1), 1-18. <https://doi.org/10.7764/psykhe.2018.22185>
- De la Guardia, M. A. y Ruvalcaba, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. <https://doi.org/10.19230/10.19230/jonnpr.3215>
- Foulkes, L. y Andrews, J. L. (2023). Are mental health awareness efforts contributing to the rise in reported mental health problems? A call to test the prevalence inflation hypothesis. *New Ideas in Psychology*, 69, 101010. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2023.101010>
- García-Álvarez, D. G. y Cobo-Rendón, R. C. C. (2020). Aportes de la psicología positiva a la salud mental frente a la pandemia por COVID-19. *CienciAmérica: Revista de Divulgación Científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, 9(2), 268–276. <https://doi.org/10.33210/ca.v9i2.323>
- García, R. y Tomlinson, J. (2021). Rethinking the domestic division of labour: Exploring change and continuity in the context of redundancy. *Sociology*, 55(2), 300-318. <https://doi.org/10.1177/0038038520947311>
- Gómez-Acosta, A., Vinaccia-Alpi, S. y Sierra-Barón, W. (2020). Propiedades psicométricas de la escala de salud mental positiva en jóvenes colombianos: Un estudio exploratorio. *CES Psicología*, 13(2), 102–112. <https://doi.org/10.21615/cesp.13.2.7>
- González, P. C., Astudillo, E. Y. y Hurtado, É. P. (2012). Salud mental positiva y apoyo social percibido en personas con discapacidad física. *Cultura del Cuidado*, 9(2), 39–49. <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/2008>
- Guevara, R. M., Moral-García, J. E., Urchaga, J. D. y López-García, S. (2021). Factores relevantes en el bienestar de los adolescentes: Relaciones familiares y parentales. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7666. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147666>
- Hernández-Sampieri, R., y Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill Interamericana.
- Huamán-Chura, K. E. (2021). *Estilos parentales y salud mental positiva en adolescentes de un colegio privado de Lima* [Tesis de maestría, Universidad Femenina del Sagrado Corazón]. <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/6508007>
- Jahoda, M. (1959). Current concepts of positive mental health. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 1(10), 565. https://journals.lww.com/joem/citation/1959/10000/Current_Concepts_of_Positive_Mental_Health.12.aspx

- Lema-Añón, C. (2020). La revolución de los determinantes sociales de la salud: Derecho a la salud y desigualdad. *Anuario de Filosofía del Derecho*, 36, 289–317.
<https://doi.org/10.53054/afd.vi36.2382>
- Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología. 06 de septiembre de 2006. D.O. No. 46.383.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>
- Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. 21 de enero de 2013. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Lluch-Canut, M. T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva* [Tesis de doctorado, Universidad de Barcelona]. <https://tdx.cat/handle/10803/2366>
- Lluch-Canut, M. T. (2020). *Cuida la salud mental positiva: Un abordaje para afrontar con más fuerza mental la situación generada por la pandemia de coronavirus covid-19*.
<https://hdl.handle.net/2445/155397>
- López-Ortega, J. D., Rojas López, S. A., Nieto Rodríguez, J. J., Ostos González, P. C. y Yusseff Sepúlveda, J. S. (2025). *Vulnerabilidades en la infancia y adolescencia temprana que predisponen a patologías psiquiátricas en la adolescencia y adultez joven* [Tesis de pregrado, Universidad El Bosque]. <https://hdl.handle.net/20.500.12495/14324>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Ley 1616 de 2013, por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Boletín de salud mental No. 4: Salud mental en niños, niñas y adolescentes. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-4-salud-mental-nna-2017.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022–2031. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>
- Morales-Rodríguez, M. y Díaz-Barajas, D. (2022). Variables personales y contextuales predictoras de salud mental en adolescentes: Estrés, ansiedad, depresión e impulsividad. *Religación*, 7(33), e210955. <https://doi.org/10.46652/rgn.v7i33.955>
- Muñoz, C. O., Restrepo, D. y Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: Revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39, 166–173.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/28310>
- Muñoz-Arroyave, C. O. (2020). *Índice de salud mental positiva en adolescentes entre 14 y 17 años de edad escolarizados de la ciudad de Medellín, 2017* [Tesis de maestría, Universidad de San Buenaventura]. <https://repository.ces.edu.co/items/686727f7-7ea8-4bcd-83d0-3290eebd212f>
- Navarro-Obeid, J. E., De la Hoz-Granadillo, E. J. y Vergara-Álvarez, M. L. (2021). Valoración y tipificación de perfiles de salud mental positiva en confinamiento por la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 20(1), 1–15.
<https://www.medigraphic.com/cgi-in/new/resumen.cgi?IDARTICULO=106216>
- Ojeda-Castaño, J. D. (2024). *Salud mental positiva en adolescentes escolares del municipio de Medellín. Ocio y discursos institucionales educativos* [Tesis de maestría, Universidad de Antioquia].
<https://hdl.handle.net/10495/42808>

- Organización Mundial de la Salud. (2022). *La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos*.
<https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
- Padilla-Languré, M., Escobar-Castellanos, B., López-González, J. A. y Reyes-Pérez, N. D. (2024). Salud mental positiva en adolescentes que cursan bachillerato en tiempos de COVID-19. *Sanus*, 9(1), e443. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.443>
- Panchi, P. A. M. y Panchi, D. F. M. (2025). Pruebas estadísticas de normalidad: Un análisis comparativo entre Kolmogórov-Smirnov, Shapiro-Wilk, Anderson-Darling, Ryan-Joiner y Jarque-Bera. *Ciencia UNEMI*, 18(49), 152-171. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10392356>
- Papalia, D. E., Duskin Feldman, R., Martorell, G., Berber Morán, E., Vázquez Herrera, M., Ortiz Salinas, M. E. y Javier Dávila, J. F. (2012). *Desarrollo humano* (12.ª ed.). McGraw-Hill.
- Pedrosa, I., Juarros-Basterretxea, J., Robles-Fernández, A., Basteiro, J. y García-Cueto, E. (2015). Pruebas de bondad de ajuste en distribuciones simétricas: ¿Qué estadístico utilizar? *Universitas Psychologica*, 14(1), 245–254.
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/8046>
- Resolución 8430 de 1993 [Ministerio de Salud]. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 4 de octubre de 1993. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>
- Rodríguez-Terán, R. (2021). Importancia de la psicología de la salud en la atención primaria, promoción y prevención de la salud. *Educación y Salud: Boletín Científico del Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 10(19), 49–53.
<https://doi.org/10.29057/icsa.v10i19.7669>
- Suárez, C. y Zambrano, Á. (2015). *Efectos de un programa de educación emocional sobre los niveles de salud mental positiva en adolescentes escolarizados del municipio de Samaniego, Nariño* [Trabajo de pregrado, Universidad de Nariño]. <http://sired.udenar.edu.co/id/eprint/1380>
- Titistar-Cruz, E., Matabanchoy-Salzar, J. y Ruiz-Bravo, O. (2022). Dos enfoques de salud mental en docentes de Latinoamérica: Una revisión sistemática. *Cultura, Educación y Sociedad*, 13(2), 183–202. <https://doi.org/10.17981/cultedusoc.13.2.2022.10>